

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-809949

174437

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : PAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RASSID Saïb
 Date de naissance : 16/08/1965
 Adresse : 529 lot Hay Tath Casablanca
 Tél. : 0661566363 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAROUMI Boucharb
Psychiatre - Pédiopsychiatre
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 29 61 80 - 0522 29 53 42
IMPE: 09 10 83 193

Date de consultation : 20/7/2023
 Nom et prénom du malade : RASSID Naima
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anxiété
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 07/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
21.7.23	C3		400,-	<p>INPE: 091083493</p> <p>INP: 091083493</p> <p>ICE: 091083493</p> <p>0000038</p> <p>DR. KAROUNI - Pédiopsychiatre</p> <p>Psychiatre - Hôpitaux - Casablanca</p> <p>des Hôpitaux - 9 53 42</p> <p>86 - 0522 9 53 42</p> <p>5 193</p>

Dr. KAROUNI - **Pédopsychiatre**
Psychiatre - Casablanca
44, Rue des Hôpitaux - 0522 29 53 42
0522 29 61 86 - 0522 29 10 93

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

[illegible]

<p>O.D.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p>	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412 00000000</td> <td align="center">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000 35533411</td> <td align="center">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction)</p> <p align="center">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION